Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

34 104 Langdurige zorg

Nr. 66

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 9 juli 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van de Algemene Rekenkamer van 9 juni 2015 over Aanbieding rapport Regionale verschillen in de langdurige zorg; Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken (Kamerstuk 34 104, nr. 58).

De vragen en opmerkingen zijn op 12 juni 2015 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 8 juli 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

kst-34104-66
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Inhoudsopgave

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling het rapport van de Algemene Rekenkamer over de regionale verschillen in de langdurige zorg gelezen. Zij hebben enkele vragen aan het kabinet over de conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer en zien de beantwoording hiervan met veel belangstelling tegemoet.

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat de Algemene Rekenkamer in haar rapport constateert dat ook na opschaling van demografische gegevens en sociaaleconomische verschillen in regio's, de verschillen in zorggebruik van ouderen en chronisch zieken tussen regio's in Nederland niet te verklaren zijn. Hoe kijkt het kabinet aan tegen deze constatering van de Algemene Rekenkamer? Welke verklaring heeft het kabinet voor de regionale verschillen in zorggebruik van ouderen en chronisch zieken? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide reactie van het kabinet.

In regio's waar het aanbod van zorg meer gericht is op eerstelijns- (en tijdelijke) zorg en preventie, waar meer nadruk wordt gelegd op zelfredzaamheid, wordt er minder gebruikgemaakt van zwaardere (voorheen AWBZ, nu Wlz) zorg. Hoe kijkt het kabinet aan tegen deze conclusie? Welke consequenties wil het verbinden aan deze conclusie? Is het kabinet het met deze leden eens dat meer inzet en investering op lichtere zorg met de focus op het creëren van meer zelfredzaamheid kan leiden tot minder vraag naar zwaardere zorg voor ouderen en chronisch zieken? Kan het kabinet zijn antwoord toelichten? Welke stappen gaat het kabinet zetten om inzet hierop te vergroten?

Tevens concludeert de Algemene Rekenkamer dat daar waar meer afstemming plaatsvindt tussen actoren in het zorgveld (zorgkantoren, aanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en cliënt) over de inrichting en het aanbod van zorg, er minder gebruikgemaakt wordt van zwaardere Wlz-zorg. Hoe kijkt het kabinet aan tegen deze conclusie? Welke consequenties wil het verbinden aan deze conclusie? Hoe worden deze resultaten gebruikt om tot minder kosten te komen in de langdurige zorg? Hoe verhoudt deze conclusie zich met het gewijzigd amendement van het lid Otwin van Dijk c.s. (Kamerstuk 33 841, nr. 86), dat aangenomen is bij de behandeling van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, en dat samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars verplicht? Hoe wordt dit amendement door het kabinet stevig bekrachtigd? De Algemene Rekenkamer noemt verder enkele mogelijke aanvullende verklaringen voor de verschillen in zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Naast de aanwezigheid van een bepaald soort aanbieders in de regio is de kwaliteit van aanbieders in de regio mogelijk een verklaring voor het verschil in zorggebruik. Hoe beziet het kabinet deze mogelijke verklaring? Welke consequenties verbindt het kabinet aan deze uitspraak? Welke stappen worden er gezet om de kwaliteit van aanbieders in dit licht te verbeteren?

De Algemene Rekenkamer doet een aantal goede aanbevelingen volgens de leden van de PvdA-fractie. Deze leden stellen voor te bezien hoe de bekostiging van de Wet langdurige zorg (Wlz) een rol kan spelen bij het

terugdringen van regionale verschillen in het zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Genoemde leden bevelen aan hier het verwachte zorggebruik als uitgangspunt te nemen en de Wlz-uitvoerders voor extra budget een inhoudelijke onderbouwing te geven. Hoe beziet het kabinet deze aanbevelingen? Wat gaat het concreet doen met deze aanbevelingen? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van het kabinet.

In het licht van de aanbevelingen stelt de Algemene Rekenkamer tevens dat er een gemeenschappelijke wijze van dataverzameling nodig is in de zorgketen, omdat de huidige gegevensuitwisseling in de langdurige zorg moeilijk is. De leden van de PvdA-fractie delen deze visie. Hoe kijkt het kabinet aan tegen deze aanbeveling van de Algemene Rekenkamer? Wat is er volgens het kabinet nodig om tot goede gegevensuitwisseling, dataverzameling en definities in de zorgketen te komen? Welke stappen gaat het kabinet concreet zetten om hiertoe te komen en gegevensuitwisseling in de langdurige zorg makkelijker te maken? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting.

Ten slotte geeft de Algemene Rekenkamer aan dat er aanvullend onderzoek nodig is om oorzaken van verschillen in zorggebruik onder ouderen en chronisch zieken te kunnen benoemen. Hoe beziet het kabinet deze conclusie? Is het kabinet bereid nader onderzoek te laten doen? Kan het kabinet een toelichting geven op zijn antwoord?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport Regionale verschillen in de langdurige zorg; Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken van de Algemene Rekenkamer. Deze leden hebben naar aanleiding van het rapport de volgende opmerkingen en vragen.

De leden van de SP- fractie willen van het kabinet weten waarom het denkt dat regionale verschillen in de langdurige zorg verkleind moeten worden door te verschuiven naar het niveau van de minste zorg en niet naar bijvoorbeeld het niveau van de meeste zorg. Is het kabinet het met genoemde leden eens dat minder zorg niet altijd beter is dan meer zorg; er kan toch ook sprake zijn van te weinig zorg in bepaalde regio's, onder-zorg? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting.

Op basis van welk onderzoek heeft het kabinet zijn plannen gebaseerd om € 500 miljoen te bezuinigen door regionale verschillen in de langdurige zorg te verkleinen naar het niveau van de minste zorg? Kan het kabinet dit onderzoek aan de Kamer sturen? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie ook de onderbouwing van andere bezuinigingen. Graag zien deze leden een uitgebreide toelichting op het antwoord van het kabinet tegemoet.

Op basis van welke informatie en onderzoeken is de bezuiniging van € 0,5 miljard op de langdurige zorg ingeboekt? Welke informatie is door het kabinet aangeleverd aan het Centraal Planbureau voor het doorrekenen van de bezuinigingsplannen van het kabinet? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een compleet overzicht van de aangeleverde informatie aan het Centraal Planbureau.

De leden van de SP-fractie constateren ten slotte dat de Staatssecretaris ondanks het rapport nog steeds van mening is dat de € 0,5 miljard bezuiniging op de langdurige zorg haalbaar is. Kan de Staatssecretaris helder aangeven welk bewijs hij heeft dat deze bezuiniging mogelijk is?

Mocht deze bezuinigingsstrategie toch niet haalbaar zijn, welke kaasschaafmethode wil de Staatssecretaris dan toepassen om de € 0,5 miljard bezuiniging te realiseren? Hoeveel personeel moet er nog verdwijnen uit de zorgorganisaties om de bezuiniging te realiseren? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport over de regionale verschillen in de langdurige zorg en de mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Deze leden willen hun dank uitspreken aan de Algemene Rekenkamer en zij maken graag van deze mogelijkheid gebruik de Staatssecretaris nader te bevragen over de financiële consequenties, het ambitieniveau van zijn beleid en de praktische stand van zaken betreffende de doelstelling dat mensen zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen.

De analyse wijst uit dat de kwaliteit van de zorg en mate van samenwerking tussen mantelzorgers, huisarts en andere zorgaanbieders factoren zijn die een rol spelen in de mate waarin langdurige zorg gebruikt wordt. De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet deze zienswijze deelt. Dat betekent volgens deze leden immers dat hoe beter de zorg in de thuissituatie is, hoe minder er gebruikgemaakt zal worden van de langdurige zorg. Maar hoe denkt de Staatssecretaris dit verder te stimuleren en organiseren aangezien gemeenten en zorgverzekeraars bepalen hoe de zorg lokaal vormgegeven wordt en het kabinet hier zo fors op bezuinigd heeft?

De leden van de CDA-fractie hebben gelezen dat de Algemene Rekenkamer de aanbeveling doet om een nader onderzoek te doen naar aanvullende verklaringen voor regionale verschillen. Genoemde leden delen deze zienswijze van de Algemene Rekenkamer. Graag vernemen deze leden of en wanneer het kabinet vervolgens zo'n onderzoek wil doen.

De Algemene Rekenkamer kenschetst de onderbouwing van de € 0,5 miljard als onvoldoende en stelt vervolgens dat de Minister van VWS onvoldoende handvatten heeft om de besparing te onderbouwen. De Staatssecretaris spreekt in zijn reactie zijn ambitie uit maar gaat voorbij aan de stellingname van de Algemene Rekenkamer dat de ingeboekte besparing onvoldoende onderbouwd is. De leden van de CDA-fractie willen graag van de Staatssecretaris een onderbouwing waarom hij denkt dat de besparing van € 0,5 miljard wel te halen is en hoe de Staatssecretaris dit dan denkt te doen.
In dit verband willen genoemde leden ook meer duidelijkheid naar aanleiding van de Voorjaarsnota. Hierin is immers een tegenvaller van € 0,2 miljard vermeld als gevolg van het feit dat het tempo van extramuraliseren lager is dan verwacht.
In de verticale toelichting van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) is ook te zien dat het niet een vertraging is die eenmalig in 2015 tot een tegenvaller leidt, maar jaarlijks doorgroeit (tot zelfs € 378 miljoen in 2018). Een besparingsverlies van circa € 1,5 miljard in totaal in de periode 2015 tot en met 2019. Hoe verklaart de Staatssecretaris dit in relatie tot de besparing van € 0,5 miljard?

In dat verband vragen genoemde leden ook of de Staatssecretaris bereid is een geactualiseerd overzicht naar de Kamer te sturen met welke tekorten hij rekening houdt bij de uitvoering van de Wlz voor 2015 en 2016. Als de Staatssecretaris dit niet wil, kan hij dan onderbouwen waarom niet?

Vervolgens vragen de leden van de CDA-fractie of de Staatssecretaris de bekostigingssystematiek gaat wijzigen zoals is aanbevolen door de Algemene Rekenkamer, namelijk Wlz-uitvoerders alleen extra budget geven boven het verwachte zorggebruik als daar inhoudelijke motivering voor gegeven kan worden. Kan de Staatssecretaris motiveren waarom hij dit wel of niet gaat doen? En zo ja, met ingang van welk jaar?

Ten slotte willen de leden van de CDA-fractie weten wanneer het Ministerie van VWS gaat starten met het open data platform zoals ook aanbevolen door de Algemene Rekenkamer.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport van de Algemene Rekenkamer, maar hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Deze stelselwijziging gaat gepaard met een structurele bezuiniging oplopend tot € 3,5 miljard na 2018. De Algemene Rekenkamer heeft dit bedrag van VWS, maar moet dit niet € 7 miljard zijn?

De Minister van VWS beoogt onder andere door het terugdringen van de regionale verschillen vanaf 2017 een structurele besparing van circa € 500 miljoen te realiseren. Deze besparing was al in het regeerakkoord 2012 opgenomen. Voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wmo 2015, de andere wetten die de langdurige zorg en ondersteuning met ingang van 1 januari 2015 regelen, heeft de Minister zich vooralsnog niet uitgesproken over de (on)wenselijkheid van regionale verschillen. Vanwaar dit verschil, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De Algemene Rekenkamer stelt dat een manier om de uitgaven te beheersen, het vergroten van de doelmatigheid is in de langdurige zorg. Besparingen door grotere doelmatigheid hebben de minste gevolgen voor mensen die op langdurige zorg zijn aangewezen. De leden van de PVV-fractie verwijzen graag naar de rapporten over overhead, verspilling en het project regelarme instellingen. Hiermee kunnen honderden miljoenen bespaard worden. Waarom wordt hier niet gewoon werk van gemaakt in plaats van weer een onderzoek?

Uit de analyse van de invloed van de verschillende variabelen op het zorggebruik blijkt dat óf en hoeveel zorg iemand gebruikt, het meest wordt verklaard door zijn of haar leeftijd, de gezondheidstoestand en de hulpbehoevendheid en de samenstelling van het huishouden waarin hij of zij leeft en het huishoudinkomen. Maar deze variabelen zijn niet of nauwelijks door beleid te beïnvloeden. Daarmee bieden ze weinig mogelijkheden tot sturen op doelmatiger zorggebruik. Dit hadden de leden van de PVV-fractie het kabinet ook kunnen vertellen, sterker nog dat hebben zij regelmatig gedaan. Is het kabinet het nu eindelijk met deze leden eens, dat mensen niet voor hun lol gebruikmaken van zorg en dat daar dus ook niet op gekort kan en moet worden, maar dat de besparingen gehaald moeten worden uit het voornoemde?

De Minister van VWS wil vanaf 2017 structureel € 500 miljoen op de Wlz besparen door onder andere het terugdringen van regionale verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkoopprijzen. Uit het onderzoek blijkt dat het zorggebruik voor zorg met verblijf vooral wordt verklaard door leeftijd en samenstelling huishouden. Deze verklaringen bieden weinig sturingsmogelijkheden en daardoor is ook niet bekend óf en hoe de gewenste besparing via het terugdringen van regionale verschillen in het zorggebruik is te behalen. De Algemene Rekenkamer concludeert daarom dat de

Minister nog onvoldoende onderbouwing en onvoldoende concrete handvatten heeft om de ingeboekte besparing te realiseren. In dit kader willen de leden van de PVV-fractie graag verwijzen naar de woorden van de Staatssecretaris tijdens het debat over de kwaliteit van verpleeghuizen. Hierin heeft de Staatssecretaris aangegeven dat hij een plan gaat maken ter verbetering van de kwaliteit van verpleeghuizen en als er reden is om discussies te voeren over de middelen, dat dan de behandeling van de Voorjaarsnota het moment is. Dat moment is dus nu aangebroken en de leden van de PVV-fractie herhalen hier dan ook hun verzoek om de ingeplande bezuiniging van € 500 miljoen terug te draaien. Omdat de besparing toch niet behaald gaat worden door het terugdringen van de regionale verschillen, zal deze dus ten koste gaan van de toch al niet zo beste kwaliteit van zorg. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling het rapport van de Algemene Rekenkamer gelezen over de regionale verschillen in de langdurige zorg; mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Wel hebben zij een aantal vragen over het rapport.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat de onderzoeksresultaten gevolgen kunnen hebben voor de wijze waarop naar een deel van de beoogde financiële resultaten van de hervormingen van de langdurige zorg gekeken wordt. Met dit rapport wordt het moeilijker om vol te houden dat het gemakkelijk is om doelmatigheidswinst door het verkleinen van regionale verschillen te behalen.
Uit het rapport blijkt immers dat op de meest verklarende variabelen voor regionale verschillen: «leeftijd» en «samenstelling huishouden» niet te sturen is. Daarnaast zijn de overige variabelen lastig in kaart te brengen, doordat zij niet eenduidig, in dezelfde taal, worden verzameld. Als er geen inzicht is in de verklaringen voor de verschillen in het zorggebruik is het lastig om te kunnen bepalen of er überhaupt sprake is van doelmatigheidswinst. Is het kabinet het op dit punt met deze leden eens?

Welke conclusies trekt het kabinet uit dit rapport? Gaat het opdracht geven voor een vervolgonderzoek nu uit dit rapport blijkt dat dit er moet komen? Laat dit rapport ook niet zien dat het kabinet er werk van moet maken om ervoor te zorgen dat gegevens die worden verzameld door zorgkantoren / gemeenten / zorgverzekeraars / Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) etc. eenduidig zijn? Is het kabinet het met deze leden eens dat dit ook zal helpen in het terugbrengen van de administratieve lasten binnen de zorg? Wie zou volgens het kabinet hiervoor het voortouw en de regie moeten nemen?

Hoe kijkt het kabinet na dit rapport aan tegen de doelstelling om vanaf 2017 structureel € 500 miljoen te besparen door onder andere het terugdringen van de regionale verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkoopprijzen?
De Algemene Rekenkamer geeft het kabinet ook in overweging om in de toekomst de bekostiging van de langdurige zorg op een andere manier vorm te geven. Hoe staat het kabinet tegenover deze aanbeveling?

In het rapport is de reactie van de Staatssecretaris opgenomen. De leden van de ChristenUnie-fractie zouden graag nadere uitleg willen ontvangen waarom de analyse niet goed te vertalen is naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld gaan worden.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

De leden van de PvdA-fractie vragen aan het kabinet hoe zij aankijkt tegen de constatering van de Algemene Rekenkamer dat ook na opschaling van demografische gegevens en sociaaleconomische verschillen in regio's, de verschillen in zorggebruik van ouderen en chronisch zieken tussen regio's in Nederland niet te verklaren zijn. Ook vragen zij welke verklaring het kabinet hier voor heeft.

De Algemene Rekenkamer heeft een onderscheid gemaakt tussen objectieve factoren en overige factoren. Ook na correctie voor de objectieve factoren resteren nog regionale verschillen. De Algemene Rekenkamer noemt als mogelijke oorzaken: regionaal aanbod, regionale gezondheidsverschillen, mantelzorg en leefstijl. Ook uitvoeringsaspecten bij de indicatiestelling, de zorgtoewijzing en wijze van zorgverlening zouden een rol kunnen spelen. De Rekenkamer heeft deze oorzaken echter niet kunnen kwantificeren.

Ik stel het op prijs dat de Algemene Rekenkamer regionale verschillen in zorggebruik in beeld heeft proberen te brengen en heeft aangegeven welke objectieve factoren van invloed kunnen zijn op het bestaan van deze regionale verschillen. De bevindingen van de Algemene Rekenkamer geven handvatten om meer grip te krijgen op de vraag waarom er regionale verschillen zijn en kunnen behulpzaam zijn in de gesprekken die ik voer met de sector over vernieuwing en kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg. De doelstelling van de hervorming in de langdurige zorg is om de kwaliteit van de zorg zo veel mogelijk te verbeteren. Dit vraagt om een kanteling van werkwijze van betrokken partijen zodat, afhankelijk van de resterende mogelijkheden van de cliënt, de inzet van zorg passend is. Dat heeft dus niet alleen betrekking op het verkleinen van regionale verschillen in zorggebruik, of het zoeken naar verklaringen voor deze verschillen, maar ook op de mogelijkheden om de inkoop en de organisatie in de langdurige zorg verder te verbeteren. Deze en andere thema's zullen daarom ook onderdeel zijn van de vernieuwingsagenda Wlz.

De leden van de PvdA-fractie en de CDA-fractie geven aan dat de analyse van de Algemene Rekenkamer laat zien dat er minder gebruik wordt gemaakt van zwaardere (voorheen AWBZ, nu Wlz) zorg in regio's waar:

- *het aanbod van zorg meer gericht is op eerstelijns- (en tijdelijke) zorg en preventie*
- *waar meer nadruk wordt gelegd op zelfredzaamheid en*
- *waar meer afstemming plaatsvindt tussen actoren in het zorgveld over de inrichting en het aanbod van zorg.*

Zij vragen aan het kabinet welke consequenties zij daaraan verbindt. Aanvullend daarop vragen leden van de PvdA-fractie hoe deze resultaten zullen worden gebruikt om tot minder kosten te komen in de langdurige zorg en hoe de conclusie van de Algemene Rekenkamer zich verhoudt tot het gewijzigd amendement van het lid Otwin van Dijk c.s. (Kamerstuk 33 841, nr. 86) en hoe het kabinet dit amendement stevig gaat bekrachtigen.

De Rekenkamer geeft in haar rapport aan dat haar onderzoek de feitelijke verschillen in het regionaal zorggebruik deels heeft kunnen verklaren en dat nader kwalitatief onderzoek nodig is in de verklaringen die een rol spelen bij het zorggebruik. Zij hebben bij verschillende partijen andere verklaringen voor regionale verschillen geïnventariseerd die aangrijpingspunten kunnen zijn voor het vergroten van inzicht in regionale verschillen. Een van deze verklaringen betreft de samenwerking tussen verschillen partijen in de zorgketen. In regio's waar het aanbod van zorg meer gericht

is op samenwerking in de keten, zou minder gebruik worden gemaakt van zwaardere zorg, wat bijdraagt aan regionale verschillen in zorggebruik. De Algemene Rekenkamer heeft dit echter niet onderzocht. Wel acht het kabinet de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars cruciaal in de transitie en vernieuwing van de langdurige zorg. Versterking van de eerste lijn is essentieel om passende zorg en ondersteuning in te richten waarmee mensen in staat worden gesteld om langer thuis te kunnen blijven wonen. Dit sluit ook aan bij amendement met Kamerstuk 33 841, nr. 86 van het lid Otwin van Dijk c.s. om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars wettelijk vast te leggen. Daarbij is het van belang dat mensen eenvoudig ergens met hun zorg of ondersteunings-vraag terecht kunnen en dat sociale of medische problematiek in een vroeg stadium wordt opgepakt.

Dit vraagt om een andere organisatie van de zorg en ondersteuning in de buurt en om aanpassing van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, sociale wijkteams, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde en anderen. Deze verandering wordt door alle partijen onderschreven, onder andere in het hoofdlijnenakkoord eerste lijn. Met het onderbrengen van de verpleging en verzorging in de Zvw is de wijkverpleegkundige naast de huisarts gepositioneerd, als belangrijke spil in de wijk. De huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige zorg maken het samen mogelijk dat zorg dichtbij gegeven kan worden. Daardoor kunnen mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Het leggen van de verbinding tussen de zorgverleners binnen de eerste lijn en met het sociale domein dient een vanzelfsprekendheid te zijn.

In mijn brief aan de Tweede Kamer met betrekking tot het nieuwe bekostigingsmodel wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 611) heb ik de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars als een van de doelstellingen benoemd die met het bekostigingsmodel 2016 een impuls blijft krijgen. Ik ga daarnaast met gemeenten en zorgkantoren in gesprek om de mogelijkheden te benutten voor «substitutie». Soms gaat het hierbij ook om afspraken over de domeinen heen, waarbij regels knellen. Via regionale bijeenkomsten zal ik de inkoopsamenwerking aanmoedigen om zo de administratieve lasten te beperken en een integraal en vernieuwend zorgaanbod te realiseren. Indien de praktijk daarom vraagt kan in de toekomst een beroep gedaan worden op het experimenteerartikel in de Wlz (dat verder zal worden uitgewerkt in lagere regelgeving).

Om de samenwerking tussen gemeenten, verzekeraars en andere regionale actoren te faciliteren heb ik in mei 2014, in samenwerking met de VNG en ZN, een vergoeding voor de HLZ regiosecretarissen beschikbaar gesteld. Bijna alle regio's hebben eerder dit jaar van het aanbod van een aanvullende vergoeding tot 1 juli 2015 gebruik gemaakt. Daartoe hebben deze regio's een plan van aanpak ingediend om per die datum te komen tot een duurzame inrichting van de regionale samenwerkingsstructuren en een gezamenlijke werkagenda. Ik zal de ontwikkelingen binnen de regio's blijven volgen en ondersteunen, onder meer door middel van een netwerk van VWS-contactpersonen per regio. Met de deelnemers aan het zogenaamde Jongerius-overleg (directeuren sociaal domein G32 en directeuren inkoop van de zorgverzekeraars) bezie ik momenteel hoe de diverse vormen van samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars, en de opbrengsten hiervan, kunnen worden verankerd en uitgedragen, onder meer via een op te zetten platform voor kennisdeling.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het kabinet aankijkt tegen de mogelijk aanvullende verklaring voor verschil in zorggebruik, namelijk de kwaliteit van de aanbieders in een regio. Voorts vragen zij welke conse-

quenties het kabinet verbindt aan deze uitspraak en welke stappen zij zetten om de kwaliteit van aanbieders in dit licht te verbeteren.

Het kabinet deelt de visie dat de aanwezigheid in een regio van zorgaanbieders met een innovatief zorgconcept een aantrekkelijk aanbod kan vormen voor cliënten. Het kabinet is van mening dat het goed is als een aanbieder excelleert in het leveren van kwalitatief goede zorg. De kwaliteit van zorg staat namelijk voorop. Of en zo ja in welke mate een kwalitatief goed aanbod daadwerkelijk bijdraagt aan regionale verschillen is op grond van de huidige inzichten overigens niet vast te stellen.

Mijn aanpak voor het verbeteren van de kwaliteit van aanbieders heb ik neergelegd in het plan «Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen» waarin ik de kwaliteit van alle verpleeghuiszorg wil verbeteren (Kamerstuk 31 765, nr. 124). Een van de onderdelen van dit plan is ook het geven van ruimte aan 200 verpleeghuislocaties die de ambitie hebben om «best practice» te worden. Ik heb uw Kamer op 1 mei jl. (kamerstuk 31 765, nr. 142) geïnformeerd over de uitwerking van dit onderdeel van het plan en verwijs kortheidshalve naar deze brieven.

De leden van de PvdA-fractie, de CDA-fractie en de ChristenUnie-fractie doen het voorstel aan het kabinet om te bezien hoe de bekostiging van de Wlz een rol kan spelen bij het terugdringen van regionale verschillen in het zorggebruik. Zij bevelen het kabinet aan om het verwachte zorggebruik als uitgangspunt te nemen voor het budget dat Wlz-uitvoerders tot hun beschikking hebben en hen een extra onderbouwing te geven voor extra budget.

Ik stel het voorstel van de leden van de PvdA-fractie op prijs. Momenteel is de NZa de initiële verdeling van de contracteerruimte aan het onderzoeken. Daarbij wordt ook onderzocht wat de gevolgen kunnen zijn van een andere manier van het verdelen van de contracteerruimte over de regio's en welke gevolgen dit zal hebben. Ik zal met de NZa en ZN in gesprek gaan over de bevindingen van de Algemene Rekenkamer.

De leden van de PvdA-fractie en de ChristenUnie-fractie vragen hoe het kabinet aankijkt tegen de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer dat een gemeenschappelijke wijze van dataverzameling nodig is in de zorgketen, omdat huidige gegevensuitwisseling in de langdurige zorg moeilijk is. Zij vragen hoe het kabinet tegen deze aanbevelingen aankijkt en wat er volgens hen nodig is om te komen tot goede informatie-uitwisseling, dataverzameling en definities in de zorgketen. Ook ontvangen de leden van de PvdA-fractie en de ChristenUnie-fractie een toelichting op de stappen die het kabinet gaat om gegevensuitwisseling makkelijker te maken. Voorts vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of dit ook zal helpen in het terugbrengen van de administratieve lasten binnen de zorg.

De Algemene Rekenkamer stelt terecht dat er vanaf 1 januari 2015 meer partijen zijn betrokken bij de langdurige zorg. Het gaat dan om de zorg die verzekerd was krachtens de AWBZ. Deze vormen van zorg zijn terecht gekomen in de Jeugdwet, de Zvw, de Wmo en de Wlz. De gegevensuitwisseling in de Wlz is net zoals in de AWBZ gebaseerd op een indicatiestelling als start van de gegevensuitwisseling. Zorginstituut Nederland beheert de standaarden in de Wlz.
Gemeenten maken zelf keuzes omtrent de inrichting van hun processen. Zo is de toegang anders georganiseerd dan in de Wlz. De gegevensuitwisseling in de gemeentelijke domeinen moet een nieuwe manier van werken ondersteunen. VNG en KING zijn primair verantwoordelijk om de gemeenten hierbij te faciliteren. De zorgbranches hebben initiatief

genomen om in het project iZA (informatievoorziening zorgaanbieders) problemen in de informatievoorziening te adresseren die het gevolg zijn van de transities. Voor de verzekeraars beheert Vektis de declaratiestandaard.
Het kabinet deelt de opvatting van de Algemene Rekenkamer dat een efficiënte gegevensuitwisseling tussen ketenpartners wenselijk is omdat dit dienstbaar is aan de dienstverlening aan cliënten en door een efficiënte uitwisseling de administratieve lasten tot een minimum kunnen worden beperkt. Op welke wijze de stelsels via gegevensuitwisseling het best kunnen worden verbonden is een centrale vraag voor het gezamenlijk toekomstbeeld waar de betrokken actoren (o.a. VNG, gemeenten, project iZA, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) aan werken. Inzet is om de samenwerking en synergie in de keten te versterken, gericht op een betere dienstverlening aan de cliënt. Een gemeenschappelijke architectuur bevordert de communicatie tussen ketenpartners. Dit biedt ook mogelijkheden om de voordelen te behalen die de Algemene Rekenkamer in het rapport noemt.
Op dit moment levert het berichtenverkeer in de Wlz snelle en betrouwbare beleidsinformatie over het aantal cliënten met aanspraak, de zorglevering en de toegankelijkheid. Voor de andere domeinen is dat nog niet het geval. Hiervoor is een verdere doorontwikkeling en algemeen gebruik van de standaarden nodig. De beleidsinformatie, zoals die beschikbaar komt op de Monitor Langdurige zorg (MLZ) wordt gegenereerd door bij het CBS de microgegevens van de bronhouders te verzamelen. Van gemeenten komt beleidsinformatie beschikbaar via de Gemeentelijke monitor Sociaal domein.
De leden van de PvdA-fractie, de CDA-fractie en de ChristenUnie-fractie vragen hoe het kabinet aankijkt tegen de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat aanvullend onderzoek nodig is om de oorzaken van verschillen in zorggebruik te kunnen benoemen.

Zoals ik in mijn reactie aan de Algemene Rekenkamer heb aangegeven, deel ik de conclusie dat om beter grip te krijgen op de oorzaken van regionale verschillen in zorggebruik, meer onderzoek nodig is. Tegelijkertijd constateer ik dat dergelijk aanvullend onderzoek weliswaar meer inzicht kan bieden in regionale verschillen in zorggebruik, maar geen inzicht zal bieden in de samenhang met de inkoop en de organisatie van de langdurige zorg. Een geïsoleerd onderzoek zonder dat daarbij ook andere invloeden naast zorggebruik worden betrokken acht ik weinig zinvol. Wel loopt er momenteel in opdracht van het Ministerie van VWS een onderzoek door het SCP en het CPB, waarin de mogelijke gevolgen worden onderzocht van de decentralisaties van de langdurige zorg voor het gedrag van de gemeenten en de zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn geworden voor de langdurige zorg. De uitkomsten van dit onderzoek (verwacht in het najaar) kunnen behulpzaam zijn bij een onderzoek met breed perspectief naar regionale verschillen. Ook zal ik regionale verschillen ter sprake brengen in de gesprekken met het veld over de kwaliteitsverbetering en de vernieuwing.

De leden van de SP-fractie hebben gevraagd waarom het kabinet denkt dat regionale verschillen in de langdurige zorg verkleind moeten worden door te verschuiven naar het niveau van de minste zorg en niet naar bijvoorbeeld het niveau van de meeste zorg. Ook vragen zij of het kabinet het eens is dat minder zorg niet altijd beter is dan meer zorg.

Het kabinet is van mening dat iedere cliënt toegang moet hebben tot voldoende zorg van goede kwaliteit. Dit staat los van de vraag over hoe deze zorg wordt georganiseerd voor de cliënt. Als in de wijze van organiseren en leveren van zorg er regionale verschillen zijn die niet zijn

te herleiden tot de kenmerken van de cliënten, dan geeft dit aanwijzingen dat de zorg mogelijk doelmatiger kan worden georganiseerd.

De leden van de SP-fractie hebben aan het kabinet gevraagd op basis van welk onderzoeken het kabinet zijn plannen heeft gebaseerd om € 500 miljoen te bezuinigen door regionale verschillen in de langdurige zorg te verkleinen en of zij deze onderzoeken naar de Kamer willen sturen.

De taakstelling van € 500 miljoen is in het Regeerakkoord opgenomen als een taakstellende opdracht voor een meer doelmatige zorgverlening. Het is niet gebruikelijk dat CPB individuele taakstellingen doorrekent.

De leden van de SP-fractie vragen tevens naar de onderbouwing van andere bezuinigingen.

In tabel 1 is een onderbouwing opgenomen van de totale besparingen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg (HLZ) over de periode 2015 t/m 2018. Deze tabel sluit aan bij de tabel uit de nadere memorie van antwoord Wlz (Kamerstuk 33 891, nummer K). De totale besparing telt op tot een bedrag van bijna € 3,5 miljard structureel. Deze netto besparing is het saldo van de maatregelen uit het regeerakkoord en de verzachtingen van deze maatregelen in de verschillende zorgakkoorden en begrotingsakkoorden sindsdien. De bedragen zijn taakstellend verwerkt in de budgetten van de Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet.

Tabel: Ombuigingen HLZ vanaf regeerkoord 2015–2018 en structureel

	2015	2016	2017	2018	structureel
Wmo					
Maatregelen PV/BGL (persoonlijke verzorging /begeleiding)	– 654	– 710	– 725	– 735	– 780
Beperken huishoudelijke hulp	– 465	– 610	– 610	– 610	– 610
Compensatie maatregelen (dec 2013)	200	200	200	200	200
Beperken uitgaven scootmobiel	– 15	– 25	– 50	– 50	– 50
Compensatie (voorjaar 2014)	195	165	50	40	30
Huishoudelijke hulptoelage (apr 2014)	75	75			
Huishoudelijke hulptoelage (APB-motie Slob)	40				
Totaal Wmo	**– 624**	**– 905**	**– 1.135**	**– 1.155**	**– 1.210**
Wlz					
Beperken intramurale zorg Wlz		– 45	– 500	– 500	– 500
Tariefmaatregel care	– 200	– 200	– 250	– 250	– 250
Overgangsrecht wlz	125	75	70	65	0
Taakstelling PV/BGL overgangsrecht	– 125	– 75	– 70	– 65	0
Doelmatige inkoop	– 30	– 30	– 30	– 30	– 30
totaal Wlz	**– 230**	**– 275**	**– 780**	**– 780**	**– 780**
Overig Care					
extra middelen overgang cliënten Zvw	100	–	–	–	–
groeiruimte boven demo	– 100	– 410	– 410	– 410	– 410
nominaal en herschikking BKZ	– 325	135	140	145	145
Transitie HLZ	– 75	– 85	– 95	– 95	– 95
VP naar Zvw		–	– 30	– 30	– 30
Eigen bijdrage AWBZ	– 40	– 50	– 50	– 50	– 50
Intensivering arbeidsmarkt zorg			50	50	100
Maatregel PV/BGL niet Wlz/Wmo	– 750	– 745	– 750	– 755	– 810
Extramuraliseren zzp 4		– 35	– 70	– 75	– 110
Verzachten extramuralisering	30	130	280	300	300
ILO-Care	– 215	– 315	– 245	– 250	– 250
Beleggen groeimiddelen care		– 10	– 160	– 180	– 180
Verzachten ZZP VV4 en VG 3	5	35	50	60	70
Groeimiddelen 2018				– 113	– 176
totaal Overig Care	**– 1.370**	**– 1.350**	**– 1.290**	**– 1.403**	**– 1.496**
TOTAAL CARE	**– 2.224**	**– 2.530**	**– 3.205**	**– 3.338**	**– 3.486**

De leden van de CDA-fractie, SP-fractie, PVV-fractie en de ChristenUnie-fractie hebben mij gevraagd waarom ik denk dat de besparing van € 0,5 miljard gerealiseerd kan worden en hoe ik dit beoog te realiseren. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen voorts of het kabinet het eens is

met de stelling dat als er geen inzicht is in de verklaringen voor de verschillen in het zorggebruik, het lastig is om te kunnen bepalen of er überhaupt sprake is van doelmatigheidswinst.

De leden van de PVV-fractie verwijzen in hun inbreng over de € 500 miljoen bezuiniging naar het debat over de kwaliteit van de verpleeghuizen, waar de Staatssecretaris heeft aangegeven dat hij een plan gaat maken ter verbetering van de kwaliteit van verpleeghuizen en dat als er reden is om discussie te voeren over de middelen, dat behandeling van de voorjaarsnota het juiste moment is. De genoemde leden van de PVV-fractie vinden dat dit moment nu is aangebroken en herhalen hun verzoek om de ingeplande bezuiniging van € 500 miljoen terug te draaien.

De Algemene Rekenkamer heeft in haar rapport de regionale verschillen in zorggebruik in beeld gebracht en tevens aangegeven welke objectieve factoren van invloed kunnen zijn op het bestaan van deze regionale verschillen. In het rapport wordt aangegeven dat het hierbij vooral gaat om de variabelen «leeftijd» en de «gezondheidstoestand» (bij het pgb gaat het ook om inkomen). Bij het samenvattend hoofdstuk verbindt de Algemene Rekenkamer daar de conclusie aan dat deze variabelen weinig mogelijkheden bieden om te sturen op doelmatig zorggebruik. Ik heb in mijn reactie op het rapport opgemerkt dat dit zou kunnen opgaan voor de ontwikkeling voor de zorgbehoeften, maar niet hoeft te gelden voor de inkoop en organisatie van deze zorg.

In de memorie van toelichting van de Wlz is toegelicht dat deze wet nieuwe mogelijkheden biedt tot een meer doelmatige zorgverlening. Mijn verwachting is dat, ook in regio's met een hoog zorggebruik, de doelmatigheid kan worden verbeterd. De bijdrage daaraan zal worden gevormd door een samenspel aan afspraken over de inkoop en de organisatie van de zorg die de doelmatigheid bevorderen. Dat betreft onder meer het terugdringen van administratieve lasten en een efficiëntere inkoop van goederen en diensten door de zorginstellingen. Ik heb onderzoek laten doen naar de besparingsmogelijkheden op de inkoopkosten van zorginstellingen in de langdurige zorg. GGZ-Nederland heeft de opzet van dit onderzoek afgestemd met de brancheverenigingen VGN en Actiz. Het onderzoek concludeert dat er belangrijke besparingskansen liggen op het terrein van de inkoop. Deze conclusies zal ik gezamenlijk met betrokken partijen de komende tijd verder bespreken. Ik doe dit onder meer in het kader van het plan van aanpak kwaliteitsverbetering verpleeghuizen, waarover ik u heb geïnformeerd in de brief «Waardigheid en trots». Het onderzoek treft u bij deze beantwoording aan[1].

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel personeel er nog moet verdwijnen uit zorgorganisaties om de bezuiniging te realiseren.

Dat is niet op voorhand aan te geven. Wanneer overhead verminderd, zal dit ook personele consequenties hebben. Een doelmatige zorginkoop kan anderszins kosten besparen. In zijn algemeenheid is mijn streven, te komen tot meer doelmatigheid en niet tot minder zorgverlening. Ik volg de ontwikkelingen in de arbeidsmarkt in de zorg nauwlettend en heb de Tweede Kamer in de tweede voortgangsrapportage hervorming langdurige zorg (Kamerstuk 34 104, nr. 63) geïnformeerd over de inspanningen van het kabinet voor maximaal behoud van werkgelegenheid in de zorg. Zo wordt er in de zorg gebruik gemaakt van de sectorplannen. Bij de 18 regionale sectorplannen is het daarbij de bedoeling via om- en bijscholing personeel zoveel mogelijk te behouden voor de zorg en te behoeden voor ontslag. Zorginstellingen en ook hun

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

werknemers maken hier volop gebruik van. Tot 1 maart 2015 hebben zorginstellingen al ingetekend op ruim 80.000 scholingstrajecten, die nu in gang gezet worden. Geconcludeerd kan dan ook worden dat de regionale sectorplannen gericht op scholing in een duidelijke behoefte voorzien bij werkgevers en werknemers in de langdurige zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen meer duidelijkheid naar aanleiding van de Voorjaarsnota, waarin een tegenvaller van € 0,2 miljard wordt vermeld als gevolg van het feit dat het tempo van extramuraliseren lager is dan verwacht. De leden vragen hoe de bezuiniging van € 0,5 miljard samenhangt met het besparingsverlies van € 1,5 miljard in de periode 2015 t/m 2019. In dit verband hebben de leden van de CDA-fractie mij gevraagd of de Staatssecretaris bereid is een geactualiseerd overzicht naar de Kamer te sturen met de tekorten waar hij rekening mee houdt bij de uitvoering van de Wlz voor 2015 en 2016.

De actuele ontwikkeling van de ramingen op het terrein van extramuralisering staan in beginsel los van de taakstelling op de Wlz. Bij de Voorjaarsnota is het budgettaire kader voor de Wlz verhoogd in verband met een langzamer afbouwtempo van de lage zorgzwaartepakketten in de V&V-sector (zzp 1, 2 en 3) en zijn extra middelen beschikbaar gesteld om afbakeningsknelpunten voor ouderen met zzp4 in de Wlz op te lossen. Met deze extra middelen kan er voldoende zorg worden ingekocht voor cliënten met een laag zzp in de Wlz. De taakstelling is in de Voorjaarsnota gelijk gebleven. In de Voorjaarsnota worden de mutaties binnen het Budgettaire Kader Zorg toegelicht. Daarbij is geen sprake van tekorten bij de uitvoering van de Wlz in 2015 en latere jaren.

Ook hebben de leden van de CDA-fractie gevraagd wanneer het Ministerie van VWS start met het open data platform zoals aanbevolen door de Algemene Rekenkamer.

Hiervoor verwijs ik kortheidshalve naar de brief die de Minister van VWS op 7 mei jl. aan de Tweede Kamer heeft gestuurd over dit onderwerp (Kamerstuk 32 620, nr. 157). In deze brief wordt ingegaan op zowel lopende initiatieven als toekomstige initiatieven, waarbij specifiek op voorbeelden uit het Wlz-domein wordt ingegaan.

De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd of de structurele bezuiniging als gevolg van de stelselwijziging niet moet oplopen tot € 7 miljard in plaats van € 3,5 miljard.

Dat is niet het geval. De hervorming van de langdurige zorg leidt tot een structurele besparing op de zorguitgaven van € 3,5 miljard. Het kabinet heeft dit eerder toegelicht, onder meer via de nadere memorie van antwoord Wlz (Kamerstuk 33 891, nummer K).

De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd waarom de Minister zich wel heeft uitgesproken over de (on)wenselijkheid van regionale verschillen in de Wlz, maar niet over de Zvw en Wmo 2015.

Het uitgangspunt bij de Wmo 2015 is dat gemeenten zorg en ondersteuning zoveel mogelijk dichtbij de burger en op maat organiseren. Gemeenten hebben op grond van de Wmo 2015 de beleidsruimte om op lokaal niveau passende oplossingen voor hun burgers te organiseren en zij houden hierbij rekening met de individuele wensen en behoeften van haar burgers en de lokale situatie. Verschillen op regio- en/of tussen gemeenten zijn daarmee inherent aan decentraliseren.

Binnen het kader van de Zvw zien zorgverzekeraars ook regionale verschillen en maken zij gebruik van deze informatie over praktijkvariatie bij de (selectieve) inkoop van zorg. Het wordt door aanbieders in het algemeen als nuttig ervaren als verzekeraars deze spiegelinformatie terug geven. Zo bestaat de mogelijkheid voor aanbieders om de doelmatigheid te verbeteren. Hetzelfde geldt voor de Wlz. Ook daar worden regionale verschillen ook gezien als middel om inzicht te krijgen in de doelmatigheid van de geleverde zorg.

De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd of het kabinet het met hen eens is dat mensen niet voor hun lol gebruikmaken van zorg en dat daar dus ook niet op gekort kan en moet worden. Zij hebben gevraagd waarom het kabinet geen werk maakt van besparingen op het terrein van overhead, verspilling en het project regelarme instellingen.

Het kabinet is zich ervan bewust dat het bij de cliënten in de Wlz gaat om kwetsbare mensen die intensieve zorg nodig hebben. Het kabinet ziet ook de verantwoordelijkheid dat de zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft. Daarbij horen beheersingsmaatregelen en het bevorderen van een doelmatige uitvoering.

Ik ben het eens met de leden van de PVV-fractie eens dat onnodige overhead en verspilling moeten worden bestreden. Daarom is in 2013 ook het programma Aanpak verspilling in de zorg gestart. De Minister van VWS en ik hebben de Tweede Kamer op 31 maart jl. geïnformeerd over de voortgang van een aantal acties binnen dit programma (Kamerstuk 33 654, nr. 13). Een van deze acties betrof het verbeteren van de inkoop. Het is in eerste instantie aan de zorginstellingen om hiermee aan de slag te gaan, onder meer in het kader van het plan van aanpak kwaliteitsverbetering verpleeghuizen, waarover ik u heb geïnformeerd in de brief «Waardigheid en trots». (Kamerstuk 31 765, nr. 124).

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om een nadere uitleg waarom de analyse niet goed te vertalen is naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld gaan worden.

Het rapport van de Algemene Rekenkamer kent beperkingen door de gekozen opzet van de analyse. In het rapport is er voor gekozen om de analyse te splitsen in drie doelgroepen (met verblijf, zonder verblijf en pgb). Hierbij is niet aangesloten op de verdeling van de langdurige zorg over domeinen, die vanaf 2015 van kracht is geworden, met als gevolg dat in alle drie de groepen cliënten zitten uit alle domeinen (de Jeugdwet, de Zvw, de Wmo2015 en de Wlz).

Het rapport van de Algemene Rekenkamer geeft daarmee geen inzicht in de vraag of de regionale verschillen in bijvoorbeeld de Wlz-populatie anders zijn dan de regionale verschillen in de Wmo-populatie. Het is daardoor niet goed mogelijk om de analyse te vertalen naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld gaan worden. Zo is de taakstelling van € 500 miljoen, waar de Rekenkamer naar verwijst, alleen van toepassing op de Wlz en ligt het in de rede dat in de Wmo juist regionale verschillen gaan ontstaan, vanwege de beleidsdoelstelling om lokaal maatwerk te realiseren. Een andere beperking is dat data zijn gebruikt uit 2012 waardoor de geriatrische revalidatiezorg nog in de analyse is meegenomen. Deze groep is al in 2013 overgeheveld naar de Zvw en staat daarmee los van de hervormingen die in 2015 zijn doorgevoerd.